動脈硬化用

From.

医療機関名

医 師 名　　先生

電話番号
FAX 番号
FAX 送信者（　　）

To.
宇治徳洲会病院 心臓センター
診療情報提供書（受診・検査依頼）

【FAX】0774-25-2827
月～金 8:30 ～19:00 土曜日 8:30 ～12:30
地域医療連携室 直通電話 0774-25-2871

患者情報

お申込み日　　年　　月　　日

フリガナ		旧姓	性別	生年月日
患者氏名		（二重登録防止の為）	男 女	T・S・H・R　　年　月　日
住 所	〒			連絡のつく電話番号

希望日時	□特に希望なし □ご都合の悪い日：
現在 治療中の病名	□糖尿病 □高血圧 □脂質異常症 □喫煙歴 □冠動脈疾患 □脳卒中 □末梢動脈疾患 □慢性腎臓病 □その他（　　）
処方	□なし □別紙参照
結果説明	□宇治徳洲会病院で実施 □自院にて実施

体重　　kg	**血清クレアチニン値**　　mg/dl

希望検査（ご希望の検査項目：下記に☑してください）

□ **動脈硬化スクリーニング**（下記項目を☑で選択してください）
□心電図 □心エコー □ABI □頚動脈エコー □腎動脈（および腹部大動脈）エコー

□ **CT検査**（下記項目を☑で選択してください）
□冠動脈のみ □冠動脈＋胸腹部
□冠動脈＋胸腹部＋頚動脈＋下肢動脈
▶▶ ※胸腹部は放射線科医が読影を行います

□ **MRI検査**（下記項目を☑で選択してください）
□頭部MRI/MRA+ 頚部MRA □腎動脈 □下肢動脈 ▶▶
※頭部の場合、
脳神経外科医の読影も加えますので、
結果説明に再診頂くことがあります。

□ その他

検査データや処方内容は別途コピーをご送付ください。
または受診時におくすり手帳（他院の処方内容）などご持参頂くようご指導ください。